

SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖISTÄ KÄRSIVIEN HEMATOLOGISTEN POTILAIEN KOHTAAMISESTA

Sanna Jämsä

SAIRAAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖISTÄ KÄRSIVIEN HEMATOLOGISTEN POTILAIEN KOHTAAMISESTA

Sanna Jämsä
Opinnäytetyö, syksy 2015
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diakonisen hoitotyön
suuntautumisvaihtoehto
Sairaanhoitaja (AMK) – diakonissa

TIIVISTELMÄ

Jämsä, Sanna. Sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyden häiriöistä kärsivien hematologisten potilaiden kohtaamisesta. Helsinki, syksy 2015, 46 s., 4 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK) – diakonissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvata sairaanhoitajien kokemuksia sellaisten hematologisten potilaiden kohtaamisesta, joilla on joku aiempi mielenterveyden häiriö tai häiriöitä. Tarkoituksena oli myös kuvata mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden hengellisyyden vaikutusta kohtaamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda ilmi mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaamiseen liittyviä haasteita ja kehittämiskohtia sairaanhoitajien näkökulmasta.

Syöpädiagnoosi on aina suuri kriisi. Akuutti leukemia on syöpä, jonka hoidon aloittamista ei voi viivytellä. Jos sairastuneella on ennalta olemassa ollut mielenterveyden häiriö tai häiriöitä, vaikeuttaa se uudessa elämäntilanteessa selviämistä entisestään. Sairaanhoitajilla on tärkeä rooli näiden potilaiden tukemisessa hoitoprosessin aikana. Mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaaminen herättää sairaanhoitajissa erilaisia tunteita, ja heillä on oltava käytössään erilaisia keinoja näiden potilaiden kohtaamiseen.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin. Opinnäytetyötä varten haastateltiin teemahaastattelun keinoin kuutta hematologisella vuodeosastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Litteroidut haastattelut analysoitiin teemoittelua ja tyypittelyä käyttäen.

Sairaanhoitajat pitivät mielenterveyden häiriöistä kärsivien hematologisten potilaiden kohtaamista vaikeana. Sairaanhoitajat kokivat valmiutensa näiden potilaiden kohtaamiseen pääosin hyväksi, mutta samanaikaisesti he kokivat tarvitsevänsä asiasta lisää koulutusta. Kohtaamisen keinot oli opittu pääasiassa käytännön työelämässä. Erityisesti työnohjaus nousi esiin yhtenä kehittämiskohtana. Sairaanhoitajat kokivat, etteivät mielenterveyden häiriöistä kärsivät potilaat tuo hengellisyyttään esille enempää kuin muut potilaat. Potilaiden hengellisyyden kohtaaminen tuntui sairaanhoitajista pääosin luontevalta.

Sairaanhoitajien käsitykset mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden piirteistä olivat yhteneväisiä aiempien tutkimusten kanssa. Sairaanhoitajat pitivät valmiuksiaan mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaamiseen hyvinä, mutta samalla kohtaaminen koettiin vaikeana ja kuormittavana. Hoitajat siis kykenevät hyvään ja ammatilliseen kohtaamiseen, mutta se kuluttaa samalla heitä ja heidän voimavarojaan.

Asiasanat: hoitotyö, kohtaaminen, leukemia, mielenterveys, mielenterveyden häiriö

ABSTRACT

Jämsä, Sanna

Nurses' experiences of caring for haematology patients with preexisting mental disorders.

46 p., 4 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2015.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Diaconal Nursing. Degree title: Nurse.

The purpose of this thesis was to examine and describe nurses' experiences of caring for hematology patients with preexisting mental disorders. Another purpose was to describe how these patients' expressions of spirituality affect the encounter between the nurse and the patient. The objective of the thesis was to bring forth possible challenges and points for developing in these encounters from the nurses' perspective.

Cancer diagnosis is always a major crisis. Treatment for acute leukemia has to be started immediately after the diagnosis. The patient's possible preexisting mental disorder may further hinder adjusting to the new life situation. The nurse's role in supporting these patients throughout their care process is important. Encountering patients with preexisting mental disorders may awaken different feelings in the nurse, and they must possess different methods of caring for these patients.

This thesis uses qualitative research as its research method. Six nurses working at a hematology ward were interviewed using semi-structured interview. The interviews were analyzed according to theme and type.

The nurses found caring for hematology patients with preexisting mental disorders difficult. Nurses thought they were generally well-prepared to care for these patients, but they also felt they needed more training. Nurses had learned their means of caring for these patients mainly through practice. Clinical supervision arose as the main point for developing. They also felt nursing education needed to be developed. The nurses' experience was that mentally ill patients don't express their spirituality more than other patients. Encountering the patients' spirituality felt natural for the nurses.

Nurses' perceptions of the characteristics of mentally ill patients correlated with previous research. Nurses thought they were well-prepared to care for patients with preexisting mental disorders, but simultaneously they experienced it to be difficult and draining. Nurses were able to deliver quality care for these patients, but at the same time it was exhausting them.

Keywords: care work, leukemia, mental health, mental health disorder

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 AKUUTIT LEUKEMIA JA NIIDEN HOITO	8
3 MIELENTERVEYS	10
3.1 Mitä on mielenterveys?	10
3.2 Mielenterveyden ja syöpäsairauden vaikutus toisiinsa	11
3.3 Potilaan kohtaaminen	12
3.4 Syöpää sairastavan potilaan hengellisyys	13
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	15
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	16
5.1 Tutkimusympäristö	16
5.2 Laadullinen tutkimus	16
5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä	17
5.4 Teemoittelu ja tyypittely analyysimenetelminä	18
6 TUTKIMUSTULOKSET	20
6.1 Mielenterveyden häiriöiden ilmeneminen	20
6.2 Mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaaminen	21
6.2.1 Valmiudet kohtaamiseen	22
6.2.2 Kohtaamisen keinot	23
6.3 Kohtaamisen sairaanhoitajassa herättämät tunteet	26
6.4 Mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden hengellisyys	27
6.4.1 Hengellisyyden ilmeneminen	28
6.4.2 Hengellisyyden kohtaaminen	29
6.5 Kohtaamisen kehittäminen	31
7 POHDINTA	33
7.1 Tulosten pohdinta	33
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	35
7.3 Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu	36
LÄHTEET	38
LIITTEET	41
LIITE 1: Teemahaastattelurunko	41
LIITE 2: Haastattelukirje	42
LIITE 3: Suostumus haastatteluun	43
LIITE 4: Esimerkki aineiston analyysistä	44

1 JOHDANTO

Syöpädiagnoosi muuttaa elämän. Akuutti leukemia on syöpä, jonka hoidon aloittamista ei voi viivytellä (Sinisalo & Vilpo 2005, 145). Diagnoosin saanut on yhtäkkiä täysin uudessa elämäntilanteessa, johon sopeutuminen vie aikaa. Jos sairastuneen mielenterveys ei ole kunnossa, saattaa se vaikeuttaa sopeutumista ja hoitoon sitoutumista entisestään. Sairaanhoitajan rooli mielenterveyden häiriöstä kärsivän syöpäpotilaan hoidossa on tärkeä, sillä laadukkaan hoidon toteutuminen ei ole mahdollista ilman potilaan psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden huomioimista (Thomson & Henry 2012, 471).

Tutkin opinnäytetyössäni sairaanhoitajien kokemusta sellaisten potilaiden hoitotyöstä, joilla oli ollut mielenterveyden häiriöitä jo ennen hematologisen syöpädiagnoosin saamista. Tutkin sitä, millaisia valmiuksia ja keinoja sairaanhoitajilla on näiden potilaiden kohtaamiseen, mitä tunteita näiden potilaiden kohtaaminen sairaanhoitajissa herättää sekä miten näiden potilaiden kohtaamista pitäisi sairaanhoitajien mielestä kehittää. Henkisyys ja hengellisyys voivat olla syöpäpotilaalle tärkeä voimavara. Sairaanhoitaja-diakonissana tutkin, miten hoitajat kokivat potilaiden hengellisyyden kohtaamisen.

Opinnäytetyön tuloksista nousi esiin, että sairaanhoitajat pitävät mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaamista vaikeana ja kuluttavana. Kuitenkin he mielestään osaavat kohdata näitä potilaita hyvin. Kohtaamiskeinot on hankittu pääosin käytännön kautta, ja koulutuksessa koetaan olevan puutteita erityisesti somaattisen ja psykiatrisen hoitotyön yhdistämisen osalta. Potilaan hengellisyyden tukeminen tuntuu sairaanhoitajista pääosin luontevalta, ja se nähdään osana potilaan psyykkistä tukemista.

Opinnäytetyötä varten oli vaikea löytää tutkimuksia, joissa käsitellään sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyden häiriöistä kärsivien syöpäpotilaiden tai muuten vakavasti sairaiden potilaiden hoitotyöstä. Opinnäytetyön tarpeellisuutta siis lisää se, ettei aihetta ole tutkittu paljon.

Mielenterveydestä puhuttaessa oikeiden käsitteiden käyttäminen on tärkeää. Mielenterveyden keskusliitto (i.a., 9) suosittelee käyttämään termejä mielenterveyskuntoutuja, mielenterveyspotilas, henkilö, jolla on mielenterveysongelma, -häiriö tai psykiatrinen sairaus tai psyykkisesti sairastunut. Häiriöistä suositellaan käyttämään käsitteitä mielenterveyshäiriö, mielenterveysongelma tai psykiatrinen sairaus. opinnäytetyössä käytetään termejä mielenterveyden häiriö ja mielenterveyden häiriöstä kärsivä henkilö. Kärsimisellä ei tarkoiteta kärsimystä, vaan yksinkertaisesti sitä, että henkilöllä on mielenterveyden häiriö tai häiriöitä. Muun muassa Suomen Mielenterveysseura ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos käyttävät ilmaisua vastaavasti (Suomen Mielenterveysseura 2015; Suomen Mielenterveysseura i.a.; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

Tutkimusta varten haastateltiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Meilahden Kolmiosairaalan osaston 7A kuutta sairaanhoitajaa. 7A on hematologinen vuodeosasto, jolla hoidetaan pahanlaatuisia veritauteja. Näistä yleisimpiä ovat akuutit leukemiat. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.) Osastolla 7A hoidetaan akuuttien leukemioiden lisäksi muitakin pahanlaatuisia veritauteja kuten lymfoomia ja myeloomaa. Akuutit leukemiat muodostavat kuitenkin suuren enemmistön hoidettavista sairauksista. Lisäksi näiden muiden tautien kulku ja hoidot ovat hyvin samankaltaisia akuutteihin leukemioihin verrattuna ja ne vaikuttavat potilaaseen samoin. Opinnäytetyötä ei ole haluttu rajata koskemaan vain leukemiapotilaita, koska tämä olisi haastatteluissa ollut käytännössä mahdotonta. Siksi opinnäytetyössä käytetään pääasiassa käsitettä hematologinen potilas. Olen itse työskennellyt osastolla ensin perushoitajan ja sittemmin sairaanhoitajan tehtävissä usean vuoden ajan.

2 AKUUTIT LEUKEMIAT JA NIIDEN HOITO

Leukemiassa eli verisyövässä luuytimen valkosolujen esiasteet eli blastit muuttuvat pahanlaatuisiksi syöpäsoluiksi ja alkavat käyttäytyä poikkeavasti. Toisin kuin muissa syövässä, leukemiassa ei muodostu kiinteitä syöpäkasvaimia, vaan syöpäsoluja on kiertävässä veressä ja luuytimessä. Leukemian tavallisimpia oireita ovat väsymys, luustokivut, verenvuodot ja infektiot. Yleisin hoitoon hakeutumisen syy on kuumeinen infektio, jonka yhteydessä todetaan poikkeavia verisoluarvoja. (Salonen 2013a; Salonen 2013b.) Akuutti leukemia todetaan verikokeiden ja luuydinnäytteen pohjalta (Elonen 2007, 291).

Akuutteja leukemioita on olemassa kahta eri päätyyppiä, myeloinen ja lymfaattinen, jotka vaikuttavat eri solulinjan soluihin. Lisäksi näillä päätyypeillä on olemassa monia eri alatyyppejä. Aikuisten akuuteista leukemioista noin 80 prosenttia on myelooisia ja 20 prosenttia lymfaattisia (Elonen 2007, 285). Akuutin leukemian tyyppi vaikuttaa ratkaisevasti siihen, minkälaista hoitoa potilas saa. (Elonen 2007, 300–309.)

Akuuttia leukemiaa hoidetaan pääasiassa suuriannoksisilla solunsalpaajilla eli sytostaateilla. Solunsalpaajia käytetään hoitojen aikana erilaisina yhdistelminä. Solunsalpaajat vaurioittavat soluja siten, etteivät ne pysty enää jakautumaan ja kuolevat. Solunsalpaajat tehoavat runsaasti jakautuviin syöpäsoluihin, mutta tuhoavat myös elimistön normaaleja soluja esimerkiksi luuytimestä, limakalvoilta ja karvatupista. (Johansson 2012; Salonen 2013b.) Solunsalpaajia annostellaan laskimonsisäisesti, ihonalaisina ja lihaksensisäisinä injektioina, intratekaalisesti eli selkäydintilaan sekä suun kautta (Elonen 2007, 296).

Akuutin leukemian hoidon tavoitteena on remissio eli tila, jossa tautia ei ole havaittavissa elimistössä. Remission saavuttamisen jälkeen annetaan lähes aina lisä- eli konsolidaatiohoitoja, sillä ensimmäisellä eli induktiohoidolla saavutettu remissio on harvoin pysyvä. (Sinisalo & Vilpo 2005, 146.) Leukemian eri tyypeissä annetut konsolidaatiohoidot vaihtelevat, mutta yleensä käytetään lisää

suuriannoksisia solunsalpaajia sekä allogeenista kantasolusiirtoa, jossa potilaalle annetaan siirteenä toisen ihmisen luuytimen tai veren kantasoluja (Elonen 2007, 297).

Solunsalpaajahoidot tuhoavat väistämättä myös tervettä hematopoieesia eli verisolujen kehittymistä, joten matalasoluvaiheessa tarvitaan paljon erilaisia tukihoidoja kuten verituotteita ja mikrobilääkkeitä. (Sinisalo & Vilpo 2005, 147.) Muita solunsalpaajahoidojen haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, limakalvovauriot, ripuli, suun ja nielun tulehdukset ja ihokarvojen lähtö. Vakavampia haittavaikutuksia ovat neuropatiat, suolilama, lihasvoimien heikkeneminen, hienomotoriikan häiriöt, yliherkkyysreaktiot kuten kuume ja ihottumat, ekstravasaatio eli kudostoksisuus sytostaatin joutuessa laskimon ohi kudokseen sekä sydämen, maksan ja munuaisten toimintahäiriöt. (Johansson, 2012.)

Akuutin leukemian diagnoosi tulee yleensä potilaalle täytenä yllätyksenä. Sopeutumisaikaa on vähän, sillä hoito on yleensä aloitettava välittömästi. Diagnoosin selvittyä seuraa yleensä pitkä sairaalajakso. (Sinisalo & Vilpo 2005, 146.) Kriisiin sopeutumista ja hoitoon motivoitumista auttaa, jos potilas heti alussa saa asiantuntevan selityksen taudin syystä ja luonteesta, hoitojen mahdollisuuksista ja rajoituksista sekä sosiaaliturvasta (Elonen 2007, 295).

3 MIELENTERVEYS

3.1 Mielenterveyden määrittelyä

Mielenterveys on ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn perusta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, i.a.). Se on muutakin kuin sairauden puuttumista. Mielenterveydellä on vahva yhteys fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu arkielämän aiheuttamaan stressiin, pystyy toimimaan tuottavasti ja hyödyllisesti, sekä pystyy olemaan mukana yhteiskunnan toiminnassa. (WHO 2004, 12.)

Mielenterveys muotoutuu yksilöllisen kasvun ja kehityksen myötä, ja sen aste voi vaihdella. Mielenterveydeltään hyvin voiva ihminen voi ajatella, tuntea ja toimia yhdenvertaisesti muiden ihmisten kanssa ilman kielteisiä tunteita kuten häpeää, syyllisyyttä, pelkoa tai eristyneisyyttä. Mielenterveyteen liittyy ihmisen yksilöllisten ominaisuuksien lisäksi myös ihmisen ja ympäristön välinen suhde. Mielenterveys vaikuttaa yksilön terveeseen itsetuntoon, kykyyn muodostaa kestäviä ihmisuhteita ja toimia sosiaalisessa elämässä. Se on myös yhteydessä työkykyyn ja luovuuteen. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 18.)

Mielenterveys on voimavara. Se on monitahoinen, positiivinen, dynaaminen ja kokonaisvaltainen ilmiö. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 18.) Positiivisen mielenterveyden elementtejä ovat yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen kanssakäyminen, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit sekä kulttuuriset arvot ja tekijät. (Lahtinen, Lehtinen, Riikonen & Ahonen 1999, 29.)

Mielenterveyden häiriö on termi, jolla tarkoitetaan laajasisältöisesti monenlaisia psyykkisiä häiriöitä riippumatta niiden syistä tai vaikeusasteista (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 46). Häiriöiden vaikeusaste vaihtelee. Kun oireet ovat tarpeeksi vakavia, puhutaan kliinisistä häiriöistä. Tällaisen häiriön piirteitä ovat pitkäkestoisuus, yksilön kykenemättömyys vaikuttaa oireisiin, epäsuhta mahdollisiin ulkoisiin aiheuttajiin sekä yksilön alentunut toimintakyky. Mielenterveyden ongelmia voi kuitenkin esiintyä myös siten, etteivät minkään diagnoosin kriteerit täyty.

Tällöin voidaan puhua subkliinisistä oireista. (Lahtinen, Lehtinen, Riikonen & Ahonen 1999, 31–32.)

Mielenterveyden häiriöitä ovat muun muassa psykoosit, elimellisten aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, älyllinen kehitysvammaisuus, mielialahäiriöt, erilaiset pelot ja ahdistuneisuushäiriöt, poikkeavat psyykkiset reaktiot, unihäiriöt, syömishäiriöt, seksuaalihäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä päihdehäiriöt. Mielenterveyden häiriöihin liittyy toimintakyvyn menetystä sekä kärsimystä ja elämänlaadun heikkenemistä. (Lönngqvist & Lehtonen 2011, 13.)

3.2 Mielenterveyden ja syöpäsairauden vaikutus toisiinsa

Mielenterveyden häiriöt altistavat somaattiseen sairastamiseen, ja vastavuoroisesti somaattisiin sairauksiin liittyy lähes aina ahdistusta ja masentuneisuutta (Tamminen & Achté 1996, 97). Sairauden aiheuttaman stressin hallintaan vaikuttavat ihmissuhteiden antama tuki, persoonallisuuden piirteet sekä elämäntapahumat ja -tilanteet (Lehto-Järnstedt, Kellokumpu-Lehtinen & Ojanen 2002, 1457).

Syöpään sairastuminen on sairastuneelle yleensä uhkaava menetys. Se laukaisee aivoissa, kehossa ja mielessä psykofyysisen pelkoreaktion. Syöpään sairastunut voi kyetä suhtautumaan tilanteeseensa normaalisti, jolloin ei esiinny toimintakykyä heikentävää emotionaalista oireilua. Sopeutumishäiriössä oireilu kehittyy kolmen kuukauden kuluessa stressitekijän eli syöpäsairauden ilmaantumisesta. Sopeutumishäiriön oireita ovat masennus, ahdistuneisuus, käytöshäiriöt, univaikeudet ja oireiden yhdistelmät. Potilas voi reagoida sairastumiseen myös vakavammalla psykiatrisella häiriöllä. Esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöt, masennus ja reaktiivinen psykoosi voivat olla tällaisia häiriöitä. Psyykkinen reaktio voi edetä vaikeammaksi psykiatriseksi häiriöksi kriisin ja sopeutumishäiriön kautta, tai potilaalla voi olla tällainen mielenterveyden häiriö jo ennen syöpään sairastumista. (Idman & Aalberg 2013, 862–864.)

Eräässä australialaistutkimuksessa todettiin, että vaikka mielenterveyden häiriöistä kärsivien sairastuvuus syöpään oli samaa luokkaa kuin psyykkisesti terveillä, oli miespuolisten potilaiden kuolleisuus 25 prosenttia ja naispuolisten 19 prosenttia korkeampi kuin muulla väestöllä. Tämä saattoi johtua siitä, että syöpä todettiin myöhemmässä vaiheessa esimerkiksi huonomman terveyskäyttäytymisen tai vuorovaikutusongelmien vuoksi. Mielenterveyden häiriöistä kärsivät saattoivat myös kokea syöpähoidot raskaampina, tai he eivät todennäköisemmin saaneet yhtä raskaita hoitoja kuin muut potilaat. (Lawrence, Holman, Jablensky, Threlfall & Fuller 2000, 386.)

On esitetty useita syitä sille, miksi mielenterveyden häiriöistä kärsivät kuolevat syöpään todennäköisemmin kuin muut syöpää sairastavat. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat usein somaattisia oireita, kuten univaikeuksia, väsymystä ja kipuja. Mielenterveyden häiriöistä kärsivien terveyskäyttäytyminen on keskimäärin huonompaa kuin muulla väestöllä, ja hoitoon hakeutuminen voi tapahtua myöhemmässä vaiheessa. Heillä esiintyy enemmän päihteiden käyttöä, lihavuutta ja diabetesta, ja he harrastavat vähemmän liikuntaa. Myös sosiaalisia ongelmia on enemmän: köyhyyttä, väkivaltaa ja kodittomuutta on enemmän kuin muussa väestössä keskimäärin. Henkilöillä, joilla on mielenterveyden häiriöitä, on usein myös huonommat edellytykset sosiaaliseen kanssakäymiseen. Kognitio ja kyky oppia uutta voivat olla alentuneet. Tämän vuoksi heidän voi olla vaikeaa etsiä apua tai luottaa terveydenhuollon ammattilaisiin. Kaikki tämä altistaa sille, ettei mahdollisia terveysongelmia löydetä ajoissa, ja sairauden vaatima omahoito sekä hoitoon sitoutuminen voi olla haastavaa. (Adler & Page 2008, 5, Chang ym. 2013, 1–5; Lawrence ym. 2000, 386; Thomson & Henry 2012, 471.)

3.3 Potilaan kohtaaminen

Mielenterveyden häiriöistä kärsivä syöpäpotilas on tärkeää kohdata kuin kuka tahansa muukin potilas, jolla on krooninen mutta hoidettavissa oleva sairaus. Syöpäpotilaita hoitavien sairaanhoitajien ei tarvitse osata arvioida ja hoitaa mielenterveyden ongelmia samoin kuin psykiatrinen sairaanhoitajien. Heidän on kuitenkin

kin tärkeää tunnistaa ne potilaat, joilla on mielenterveyden ongelmia, sillä laadukaahan hoidon toteuttaminen ei ole mahdollista ilman potilaan psykososiaalisten tarpeiden huomioimista. (Thomson & Henry 2012, 471.)

Sairaanhoitajalla on tärkeä rooli mielenterveyden häiriöistä kärsivän syöpäpotilaan oireiden arvioimisessa, ohjaamisessa ja puolesta puhumisessa. Sairaanhoitajan tulisi kehittää taitojaan psykososiaalisen tuen antamisessa sekä potilaalle että tämän omaisille. (Thomson & Henry 2012, 478.) Lehto-Järnstedtin, Kellokumpu-Lehtisen ja Ojasen (2002, 1460) tutkimuksessa potilaat kokivat saaneensa syöpähoitojen aikana eniten tukea puolisoiltaan, ja toiseksi eniten hoitajilta ja lääkäreiltä. Hoitajilta saatuun tukeen oli tyytyväisiä 63 prosenttia potilaista, lääkäreiltä saatuun tukeen vain seitsemän prosenttia.

Hyvä hoitosuhde vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen ja osallistumiseen. Hyvän hoitosuhteen luominen edellyttää eläytymistä potilaan vaikeaan elämäntilanteeseen. Hoitohenkilökunnalla ei aina ole riittävästi tietoa potilaan mahdollisista psykologisista reaktioista, ja heiltä puuttuu usein koulutusta ihmisen psyykkisen hädän kohtaamiseen. Tämän takia monet heistä suojaavat itseään erilaisilla psyykkisillä suojakeinoilla, jotka häiritsevät hoitosuhdetta. Toisaalta osa heistä voi eläytyä liian syvästi ja näin kuluttaa itsensä loppuun. (Idman & Aalberg 2013, 870.)

Vakavia sairauksia hoitavissa työyksiköissä tulisi tarjota psyykkistä työsuojelua. Työnohjauksen avulla työntekijöitä voidaan tukea ja edistää heidän henkilökohdasta kasvuaan. Työnohjauksen avulla vältetään työuupumusta ja saadaan ote hoitoyksikön työntekijöistä kuluttavista ja vuorovaikutusta häiritsevistä manee-reista. Työnohjaus on myös potilaan etu, sillä hoidon laatu paranee. (Idman & Aalberg 2013, 870.)

3.4 Syöpää sairastavan potilaan hengellisyys

Syöpä on vakava, elämää uhkaava sairaus, minkä vuoksi siihen sairastuttuaan ihminen alkaa usein pohtia aiempaa enemmän hengellisiä kysymyksiä. Hengelli-

nen hätä saattaa ilmetä esimerkiksi levottomuutena, ahdistuneisuutena, unettomuutena tai ärtyisyytenä. Hengellinen tasapaino taas luo rauhallisuutta, iloisuutta ja tasapainoisuutta. (Ikola & Kuuppelomäki 2000, 191.)

Hengellisyys auttaa vakavasti sairasta ihmistä näkemään tilanteessaan merkityksen. Mielenrauha ja hengellinen hyvinvointi ovat tärkeitä vakavan sairauden kanssa eletessä. Hengellinen hätä saattaa oireiden, kuten tarkoituksettomuuden tai toivottomuuden tunteiden perusteella, näyttää masennukselta. Hengellinen hoitotyön tavoitteena on tunnistaa suhde sairauden ja hengellisyyden välillä. (Murray, Kendall, Boyd, Worth & Benton 2004, 43.)

Potilaan hengellisten kysymysten ammatillinen kohtaaminen kuuluu sairaanhoitajille ja muille hoitoon osallistuville heidän omasta vakaumuksestaan riippumatta. Kyetäkseen auttamaan ja tukemaan potilasta tämän hengellisissä kysymyksissä hoitajan täytyy olla tarpeeksi herkkä huomataksaan potilaan viestit. Hänellä on myös oltava tietoa asioista, jotka askarruttavat potilasta. Tilanteen keskiössä on potilas ja hänen tarpeensa. Hoitajan ei tarvitse kyetä täyttämään potilaan kaikkia hengellisiä tarpeita. Kokonaisvaltaisen hoidon edellytys kuitenkin on, että hengellisille kysymyksille annetaan tilaa ja turvataan niihin liittyvä hoito ja tuki. (Ikola & Kuuppelomäki 2000, 191, 197.)

Ikola ja Kuuppelomäki (2000, 197–199) erottavat sairaanhoitajan potilaalle antamassa hengellisessä tuessa viisi tehtävää. Nämä ovat tiedonvälitys hengellisten kysymysten hoitamiseen tarjolla olevista mahdollisuuksista, keskustelu ja sielunhoito, hengellisen asiantuntijan kuten sairaalateologin konsultointi potilaan luvalla, tilanteiden ja tilojen järjestäminen potilaan ja tämän omaisten uskonnon harjoittamiselle sekä potilaan hengellisten toiveiden toteuttaminen.

Eräässä australialaistutkimuksessa todettiin, että hengellinen hyvinvointi ja taistelutahto yhdessä muodostivat 61 prosenttia leukemiapotilaiden elämänlaatuun positiivisesti vaikuttavista tekijöistä. Uskosta tai hengellisyydestä saadun lohdutuksen ja hyvinvoinnin todettiin muiden tekijöiden ohella nostavan leukemiaa sairastavien elämänlaatua. (O'Connor, Guilfoyle, Breen, Mukhardt & Fisher 2007, 631.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää ja kuvata sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyden häiriöistä kärsivien hematologisten potilaiden kohtaamisesta. Selvitän, kuinka usein sairaanhoitajat kohtaavat mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita ja millaisia mielenterveyden häiriöitä he kohtaavat. Kuvaan, miltä mielenterveyden ongelmista kärsivien potilaiden kohtaaminen sairaanhoitajista tuntuu ja mitä tunteita se heissä herättää. Opinnäytetyössäni selvitän, millaisiksi sairaanhoitajat kokevat valmiutensa ja keinonsa sellaisten potilaiden kohtaamiseen, joilla on mielenterveyden häiriöitä, ja mitä käytännön keinoja heillä tähän on. Kuvaan sairaanhoitajien tunnistamia kehittämiskohtia näiden potilaiden kohtaamisessa. Otan myös selvää, miten hengellisyys näkyy sairaanhoitajien mielestä sellaisten potilaiden kohtaamisessa, joilla on mielenterveyden häiriöitä.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda ilmi mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaamiseen liittyviä haasteita ja kehittämiskohtia hematologisella osastolla. Opinnäytetyö auttaa tunnistamaan kohtaamiseen mahdollisesti liittyviä ongelmia tai epäkohtia. Opinnäytetyö tuo esiin kohtaamiseen liittyviä kehittämissaasteita ja tarjoaa ideoita kehittämisen keinoiksi. Opinnäytetyö mahdollistaa omalta osaltaan hoitotyön laadun parantamista hematologisella osastolla.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten sairaanhoitajat kokevat mielenterveyden häiriöistä kärsivien hematologisten potilaiden kohtaamisen?
2. Mitä kehittämistarpeita mielenterveyden häiriöistä kärsivien hematologisten potilaiden kohtaamiseen sisältyy?
3. Miten hengellisyys näkyy mielenterveyden häiriöistä kärsivien hematologisten potilaiden kohtaamisessa?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusympäristö

Meilahden Kolmiosairaalan osasto 7A kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin HYKS Syöpäkeskukseen (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a. a.). Osastolla hoidetaan hematologisia eli verisairauksia. Yleisimmät diagnoosit osastolla ovat akuutin leukemian eri muodot, lymfoomat ja myelooma. Osastolla on 19 sairaansijaa yhden ja kahden hengen huoneissa. Lisäksi osastolla toimii jälkiseurantapoliklinikka ja leukemiapotilaiden kotihoitovastaanotto. Useimmat potilaat saavat osastolla 1–9 päivän mittaisia solunsalpaajakuureja sekä solunsalpaajien ja sairauden edellyttämiä tukihoitoja. Potilaat ovat yleensä solunsalpaajahoidossa tai hoidon jälkeisen sytopenian aiheuttaman infektion hoidossa. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on 12 vuorokautta, mutta se voi vaihdella muutamasta päivästä 5–6 viikkoon. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a. b.)

Osastolla on 25 sairaanhoitajan vakanssia ja 5 perus- tai lähihoitajan vakanssia. Heidän lisäksi osastolla työskentelee hematologeja, sairaalalääkäreitä, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, osastofarmaseutti, osastonsihteeri, fysioterapeutteja, laitoshuoltajia, välinehuoltajia ja psykologi. Potilaiden hoitoon osallistuvat lisäksi muiden erikoisalojen lääkärit, sosiaalityöntekijä ja sairaalateologi. (Kukkohovi 2015.)

5.2 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyöni tutkimusmenetelmä on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa vastaajat tuottavat aineiston tutkijan suuremmin rajoittamatta aineistonkeräystilannetta. Parhaimmillaan tutkimussuunnitelma elää tutkimushankkeen mukana. Laadullisessa tutkimuksessa tulkinta jakautuu koko

tutkimusprosessiin, eikä sitä ole aina helppoa pilkkoa toisiaan seuraaviin vaiheisiin. Tutkimussuunnitelmaa tai tutkimuskysymyksiä voi joutua muuttamaan aineistonkeruun edetessä. (Eskola & Suoranta 1996, 11–10.)

5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään yleensä pieneen määrään tapauksia, eikä tieteellisyyden kriteerinä ole määrä vaan laatu (Eskola & Suoranta 1996, 13). Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan halutaan kuvata jotain tapahtumaa, ymmärtää tiettyä toimintaa tai antaa mielekäs tulkinta jostain ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa voi ajatella olevan riittävästi siinä vaiheessa, kun uudet tapaukset eivät tuota enää tutkimuskysymysten kannalta uutta tietoa. (Eskola & Suoranta 1996, 33–34.)

Teemahaastattelu on yksi puolistrukturoidun haastattelun menetelmistä. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymysten muoto on sama kaikille haastateltaville, mutta haastatteliija voi vaihdella kysymysten järjestystä. Vastauksia ei ole sidottu vastausvaihtoehtoihin, vaan haastateltavat vastaavat omin sanoin. Myös kysymysten sanamuotoa voi vaihdella. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47.)

Teemahaastattelu lähtee siitä oletuksesta, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia tällä menetelmällä. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan teemahaastattelu etenee nimensä mukaisesti tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Näin tutkittavien ääni tulee kuuluville. Teemahaastattelussa keskiössä ovat ihmisten tulkinnat ja heidän eri asioille ja ilmiöille antamansa merkitykset, sekä se, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 48.)

Olen valinnut teemahaastattelun opinnäytetyöni aineistonkeruumenetelmäksi, koska se antaa haastateltaville sairaanhoitajille mahdollisuuden kertoa omista kokemuksistaan omin sanoin. Toisaalta teemahaastattelurunko kuitenkin luo raamit aineiston keruulle siten, että siihen on analyysivaiheessa helpompi tarttua kiinni.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla kuutta osastolla 7A työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastattelut etenivät teemahaastattelurungon mukaisesti (LIITE 1). Haastateltavat valikoituivat vapaaehtoisuuden perusteella. Apulaisosastonhoitaja välitti puolestani haastattelukirjeen (LIITE 2) osaston sähköpostilistalle, minkä lisäksi kävin osastotunnilla puhumassa opinnäytetyön aiheesta ja kutsumassa sairaanhoitajia haastateltaviksi. Haastattelun aluksi haastateltavat allekirjoittivat suostumuksen haastatteluun (LIITE 3). Osa haastatteluista toteutettiin osastolla ja osa hoitajien kodeissa. Haastattelut äänitettiin, minkä jälkeen ne litteroitiin tietokoneella. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 62 sivua.

5.4 Teemoittelu ja tyypittely analyyssimenetelminä

Laadullisessa tutkimuksessa ei aseteta ennakkoasetuksia tai hypoteeseja. Puhutaan aineistolähtöisestä analyysistä, jolloin teoria rakentuu empiirisestä aineistosta käsin eikä päinvastoin. Aineistolähtöinen analyysi on tarpeellista erityisesti silloin, kun halutaan saada tietoa jonkin ilmiön olemuksesta. (Eskola & Suoranta 1996, 13–14.) Laadullisessa tutkimuksessa on olemassa lukuisia analyysimenetelmiä. Usein eri analyysitavat kietoutuvat käytössä toisiinsa. Sitä paitsi on harvoin mahdollista soveltaa vain yhtä analyysitapaa. (Eskola & Suoranta 1996, 124.) Laadullisen tutkimuksen analyysi alkaa usein jo haastattelutilanteessa (Hirsjärvi & Hurme 2011, 136).

Opinnäytetyössäni käytän analyyssimenetelminä teemoittelua ja tyypittelyä. Teemoiteltaessa nostetaan haastatteluista esille piirteitä, jotka ovat yhteisiä useammalle haastateltavalle. Ne voivat pohjautua teemahaastattelun teemoihin, minkä lisäksi yleensä nousee esille myös monia muita teemoja. Esiin nostetut teemat pohjautuvat tutkijan tulkintaan haastateltujen sanomisista. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 173.) Teemojen esiintymistä ja ilmenemistä vertaillaan. Aineistosta voidaan poimia keskeiset aiheet ja esittää se kokoelmana erilaisia kysymyksenasetteluja. Sitaatteja voidaan käyttää perustelemaan tutkijan tulkintoja, elävöittämään tekstiä, aineistoa kuvaavina esimerkkeinä, tai aineistosta voidaan tiivistää pelkistettyjä kertomuksia. (Eskola & Suoranta 1996, 135–136.)

Tyypiteltäessä aineisto ryhmitellään tyypeiksi etsimällä samankaltaisuuksia, jolloin aineisto esitetään yhdistettyjen tyyppien avulla. Tyypittely edellyttää aina teemoitteluja. Parhaimmillaan tyypit kuvaavat aineistoa laajasti, mielenkiintoisesti ja taloudellisesti. (Eskola & Suoranta 1996, 141–142.) Tyypittelyssä pyritään siihen, että kaikki haastatellut tapaukset luokitellaan kahteen tai useampaan tyyppiin joidenkin keskeisten seikkojen perusteella. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 176.) Esimerkki tätä opinnäytetyötä varten tehdystä aineiston analyysistä löytyy opinnäytetyön liitteistä (LIITE 4).

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksista nousi esiin neljä pääteemaa: sairaanhoitajan valmiudet ja keinot mielenterveyspotilaan kohtaamiseen, mielenterveyspotilaan kohtaamisen hoitajassa herättämät tunteet, mielenterveyspotilaan hengellisyyden kohtaaminen ja mielenterveyspotilaan kohtaamisen kehittäminen. Teemat mukailevat teemamahaastattelurunkoa (LIITE 1).

Näiden teemojen lisäksi käsittelen lyhyesti sitä, mitä mielenterveyden häiriöitä sairaanhoitajat ovat kohdanneet ja miten ne heidän mielestään ilmenevät, sekä sitä, mitä hengellisyyden ja uskonnollisuuden muotoja he ovat kohdanneet. Heidän käsityksensä mielenterveyden häiriön vaikutuksesta potilaan olemukseen ja käyttäytymiseen on mielestäni tärkeää tarkasteltaessa sitä, millaisiksi he kokevat valmiutensa, keinonsa ja kohtaamisen herättämät tunteet näiden potilaiden hoidotyössä.

6.1 Mielenterveyden häiriöiden ilmeneminen

Sairaanhoitajilla oli vaihtelevia kokemuksia siitä, kuinka usein he kohtaavat potilaita, joilla on mielenterveyden häiriöitä. Myös sairaanhoitajien kokemus eri mielenterveyden häiriöiden yleisyydestä vaihteli. Tunnistettuja mielenterveyden häiriöitä olivat masennus, ahdistuneisuus, sosiaalisten tilanteiden pelko, kaksisuuntainen mielialahäiriö, persoonallisuushäiriöt ja psykoosit. Sairaanhoitajien oli vaikea erotella toisistaan ne potilaat, joilla oli ollut mielenterveysongelmia jo ennen hematologista diagnoosia, ja ne potilaat, joilla sairastuminen oli vaikuttanut oireiden kehittymiseen. Sairaanhoitajien mukaan mielenterveysongelmia esiintyi eniten nuorilla ja keski-ikäisillä potilailla.

Masentuneita kohtaa äärettömän usein.

Ei niitä kyl ihan hirveen paljon oo.

Sairaanhoitajien mielestä potilaat, joilla oli mielenterveyden häiriöitä, olivat yleensä melko passiivisia. Potilas saattoi esimerkiksi maata päivät sängyssä pimeässä huoneessa, eikä jaksanut osallistua omaan hoitoonsa tai suorittaa päivittäisiä toimintoja. Toisaalta esimerkiksi kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastava saattoi käyttäytyä yliaktiivisesti, jolloin hoitaja joutui rauhoittamaan ja rajaamaan hänen käytöstään.

Että voi olla hyvin passiivinen, tuijottaa viikkokausia kattoon ---.

Vähän semmosta maanista vaihetta jos niillä on meneillään ollu niin semmosta ylitouhukkuutta.

Sairaanhoitajien mukaan mielenterveyden häiriöistä kärsivillä potilailla saattoi olla vaikeuksia hoitoon sitoutumisessa. Potilaan itsestään huolehtiminen voi olla huonoa. Sairaanhoitajien mukaan mielenterveyden häiriöt eivät näkyneet päällepäin valtaosasta potilaita.

Se itsehoitohan on sit kans paljon huonompaa näillä masentuneilla, nehän ei jaksa liikkua ja sitten ne saa kaikki pneumoniat ja tukokset, trombit helpommin ja sitä kautta se voi huonontaa sitä ennustetta kans.

Monilla vaikka on psyykkistä taustaa niin ne on sillain aika hyvin tasapainossa lääkityksen avulla.

6.2 Mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaaminen

Sairaanhoitajien mielestä hematologinen osasto oli työpaikkana haastava. Jos hematologista sairautta sairastavalla potilaalla oli lisäksi mielenterveyden häiriö, lisäsi se hoitotyön haastavuutta entisestään. Psykiatrisen ja somaattisen hoitotyön yhteen nivoutuminen ja ihmisen kaikkien osa-alueiden huomioiminen yhtäaikaaisesti koettiin haastavana, ja se vaikutti pahimmillaan työssä jaksamiseen negatiivisesti.

Me ei kuitenkaan olla psykiatrinen osasto, vaikka psyyke on iso osa tätä hoitotyötä, ja se on mun mielestä ehkä se osa joka syö kaikista eniten hoitajaaki.

Tieto potilaan mielenterveyden häiriöstä vaikutti ainakin jonkin verran siihen, miten sairaanhoitajahoitaja kohtasi potilasta. Potilaita kuitenkin pidettiin tasavertaisina muiden potilaiden kanssa.

Kyllä se heti se ennakkotieto jo vaikuttaa, että kun lukee tuolta potilaan anamneesista, että siellä on jotain psyykkistä taustalla ---.

Kyllä mä sanoisin että se vaikuttaa. Että samalla tavalla ku muittenki potilaitten kohalla yritetään olla yksilöllinen, ja nähä niinku ihminen.

Potilaan mielenterveyden häiriön tyypillä oli merkitystä siihen, miten hoitajat kokivat potilaan hoitamisen. Masentuneiden tai ahdistuneiden potilaiden hoito koettiin mieluisaksi, mutta esimerkiksi harhaisten tai aggressiivisten potilaiden hoitaminen tuntui vaikealta.

Tämmöset ahdistuneet, paniikkihäiriötyypiset ynnä muut, niin ne on semmosia missä mä en hätäänny tai turhaannu siihen toistoon.

6.2.1 Sairaanhoitajien valmiudet potilaiden kohtaamiseen

Sairaanhoitajat kokivat valmiutensa mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaamiseen eritasoisiksi. Valmiuksia kuvailtiin hyviksi, melko hyviksi tai tyydyttäväiksi. Kukaan ei pitänyt valmiuksiaan huonoina. Hoitajat olivat keränneet valmiutensa pääosin käytännön kokemusten kautta oppimalla harjoitteluissa ja töissä.

No on ne [valmiudet] perustasoltaan varmaan ihan hyvät.

No tietysti kun on aika paljon kokemusta, niin ihan sen kannalta, miten mä nyt sanoisin, tyydyttäväksi, en ehkä hyväksi.

Valmiuksien puute yhdistettiin erityisesti koulutuksen puutteeseen sekä opiskeluaikana että työpaikan järjestämänä. Koulutukselta kaivattiin vahvempaa yhteyttä psykiatrisen ja somaattisen hoitotyön välille.

Me ei olla oikeen mitään niinku saatu tähän sen jälkeen ku on tähän pestiin tullu tällaselle osastolle, niin siihen liittyy koulutusta.

Totta kai on mielenterveyden puolen harjottelut ja nää, mutta kun yhdistetään mielenterveyspuoli ja somatiikka, --- en kyllä pahemmin muistele että siinä ois hirveesti siihen komboon panostettu.

Sairaanhoitajat olivat oppineet kohtaamaan mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita eniten käytännön kokemusten kautta. Käytännön kokemuksia oli kerätty seuraamalla muiden hoitajien työskentelyä, pyytämällä heiltä neuvoa sekä kokeilemalla ja soveltamalla itse erilaisia keinoja potilaiden kohtaamiseen.

Näppituntumalla mennään ja sit työkokemus kun se karttuu tässä vuosien varrella niin se auttaa.

Valmiudet on tullu käytännön kokemuksesta aika paljon. Että kun miettii sitä alkuaikaa, niin kyllä sillon oli aika pulassa, --- mä oon aika paljon tukeutunu kokeneempiin hoitajiin sillon alkuvaiheessa.

6.2.2 Sairaanhoitajien keinot potilaiden kohtaamiseen

Kohdatessaan potilaita, joilla oli joku mielenterveyden häiriö, sairaanhoitajat arvioivat ensiksi tilanteen. He sanoittivat tätä monin eri tavoin: analyysin tekeminen, intuitio, kuulosteleminen, kuulolla oleminen, tuntosarvet herkkinä oleminen, näp-

pituntuma, potilaan lukeminen, hakeminen, kokeileminen, katsominen ja haiste-
leminen. Hoitajat arvioivat tilannetta potilaan ensi kertaa kohdatessaan ja päivit-
tivät sitä hoitosuhteen edetessä.

*Kyllähän se aina uuden potilaan kaa vähän alkuun sellasta hake-
mista.*

*Kyllä siinä varmaan on niinku tuntosarvet enempi pystyssä. Niinku
tunnustelee sitä että miten tän kans pärjää.*

Sairaanhoitajat pyrkivät tutustumaan potilaaseen yksilönä. Hoitajien mielestä oli
tärkeää oppia tuntemaan, millainen potilas on ilman sairauttaan. He kokivat tä-
män tukevan vuorovaikutusta potilaan kanssa.

*Ekana mä opin tuntemaan ketä ne on niinku ilman sitä sairautta. ---
Ja sitten kun mä opin tunteen millasia ihmisiä ne on, niin sitten sen
pohjalta mä pystyn päättämään pitääkö mun lähestymistavan olla jo-
tenkin jämäkkä vai sellanen herkempi.*

Sairaanhoitajat sanoittivat tapaansa kohdata mielenterveyden häiriöistä kärsiviä
potilaita sanoilla rauhallisuus, turvallisuus, luotettavuus, varovaisuus ja hienotun-
teisuus. He pyrkivät luomaan rauhallisen tilan, jossa potilaan kohtaamiseen ei liity
ulkoisia häiriötekijöitä.

*Yrittää tietysti olla semmonen rauhallinen ja ns turvallinen ja semmo-
nen ettei oo liian niinku tunkeileva.*

Sairaanhoitajat korostivat potilaan kanssa keskustelemisen ja tämän kuuntelemi-
sen tärkeyttä. Keskustelu koettiin hyväksi tavaksi auttaa potilasta sairastumisen
aiheuttamassa uudessa elämäntilanteessa. Jutteleminen oli myös keino kiinnit-
tää potilaan huomio sairaudesta psyykkiseen ja henkiseen jaksamiseen. Toi-
saalta sairaanhoitajat myös kokivat, että on tärkeää kunnioittaa potilaan mahdol-
lista halua olla keskustelematta asioista.

Se on yleensä aika hyvä kun sanoo että soluista tai kuumeesta viis, miten sä voit muuten?

Senkin kunnioittaminen, ettei siitä lähe väkivalloin, väkisin keskustelemaan, jos toinen ei sitä halua.

Sairaanhoitajat eivät maininneet ajanpuutteen tai kiireen rajoittavan potilaan kuuntelemista ja tämän kanssa juttelemista. Syntyi vaikutelma, että hoitajat kokivat heillä olevan riittävästi aikaa tähän.

No kyllä mä huomaan että jos toinen on ihan solmussa itsensä kanssa, niin sille ihmiselle yrittää enemmän järjestää aikaa. --- Että sä olet siellä huoneessa, kuuntelet, ---. Että se on ihan varmasti kyllä totta että tämmöseen huoneeseen sitä aikaa vaan löytyy enemmän.

Sairaanhoitajat käyttivät termejä kannustaminen, tsemppaaminen ja psyykkäminen puhuessaan potilaiden tukemisesta. Kannustamalla sairaanhoitaja auttoi potilasta tunnistamaan ja ottamaan käyttöön voimavarojaan. Hoitajat kannustivat myös itseään tai toisiaan vaikeasta kohtaamistilanteesta selviämiseen.

Mut ehkä vielä enemmän ku kaikkia potilaita mä yritän tsempata varsinki siinä alkuvaiheessa.

Mutta kyllä mä niinku etukäteen itteeni siinä aika paljon psyykkasin, että miten mä siinä toimin.

Sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi rajojen asettamisen. Tämä oli heistä vaikeaa, koska asioiden kieltäminen tai tekemään patistaminen saattoi saada potilaan suhtautumaan hoitajaan kielteisesti. Hoitajat ilmaisivat tarvetta kehittyä rajojen asettamisessa.

Mä sanon että ei, sä et voi paremmin, sun tauti ei vastaa hoitoihin paremmin, se ei mee paremmin pois jos sä et oo aktiivinen. Ja sitten ne on heti silleen, siis joo, kyllä mä tahon voida paremmin.

6.3 Kohtaamisen sairaanhoitajassa herättämät tunteet

Sairaanhoitajat pitivät mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaamista hoitotyössä vaikeana, hankalana ja kuormittavana.

Vaikeelta tuntuu. Kun se on ihan sama mitä sä sanot, kun se ei niinku vaikuta millään tavalla, ni kyllä mä koen sen tosi hankalana ja kuormittavana.

Hoitajat tunsivat mielenterveyden häiriötä sairastavaa potilasta hoitaessaan riittämättömyyttä, turhautumista, kyvyttömyyttä ja itsevarmuuden puutetta. He kokivat myös ahdistusta, toivottomuutta ja halua paeta.

Kyl se riittämättömyys varmaan päällimmäisenä jos on semmonen vaikee tapaus. Ja ei nyt varmaan vihaa varsinaisesti, mut semmosta turhautumista ---.

Sitä omaa kyvyttömyyttä siihen, sä et voi, ku mun taidot ei riitä. --- En mä osaa lähestyä sitä, mulla ei oo sellasta itsevarmuutta ---.

Sellanen oma toivottomuus. Tekis mieli vaan lähtä karkuun siitä tilanteesta.

Sairaanhoitajat tunsivat myös pelkoa, jännitystä, paniikkia, hätää tai säikähdystä. Erityisesti potilaan aggressiivisuus aiheutti hoitajissa pelkoa. Hoitajat kertoivat kohtaavansa sitä kuitenkin hyvin harvoin.

Et ekana niitä [kohtaamistilanteita] on pelänny ja jännittäny ---.

Fyysinen aggressio on se mun --- heikko kohta. Mä säikähän, mä meen ihan umpipaniikkiin ja hätäännyn.

Sairaanhoitajat tunsivat potilaan puolesta huolta, epäreilua ja liiallista empatiaa.

Mä olin tosi huolissaan yhdestä potilaasta. Mä ajattelin sitä paljon.

--- mä oon liian empaattinen, liian kiva, ja potilas pääsee niinku liian syvälle mun ihon alle.

Toisaalta sairaanhoitajat tunsivat mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita kohdatessaan luottavaisuutta omiin valmiuksiinsa ja keinoihinsa. He kuvasivat kohtaamistilanteisiin ryhtymistä uskaltamisena. Tilanteissa voi kokea onnistumisen tunnetta. Sairaanhoitajat tunsivat potilaita kohtaan empatiaa ja myötätuntoa. He myös kuvailivat tuntevansa erityistä yhteyttä joihinkin potilaisiin.

Et ekana niitä on jännittänyt ja pelännyt, mut sitten siihen on tietyllä tavalla uskaltanu ite mennä, ja ehkä nähnyt sen ihmisen sieltä taustalta. --- Siinä voi tulla semmosia onnistumisen kokemuksia ja muita.

Ehkä siinä tulee semmonen myötätuntoisempi tai empaattisempi tai jotenki semmonen pehmeempi suhtautuminen.

6.4 Mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden hengellisyys

Sairaanhoitajat kokivat hengellisyyden olevan hyvin pienessä roolissa hematologisten potilaiden hoitotyössä ylipäänsä, eikä se korostunut niiden potilaiden kanssa, joilla on mielenterveyden häiriöitä. Henkisyyden, hengellisyyden ja uskonnollisuuden kohtaaminen tuntui hoitajista pääosin luontevalta. Valtaosa hoitajista ei tehnyt isoa eroa näiden termien välillä ja käytti niitä paljon ristiin.

6.4.1 Hengellisyiden ilmeneminen

Suurin osa hoitajien kohtaamasta hengellisyydestä oli luterilaista kristillisyyttä. He kuitenkin kokivat, etteivät ”peruskristityt” tuoneet hengellisyyttään korostetusti esille. He olivat kohdanneet myös muiden kristinuskon suuntausten edustajia potilaina. Muiden uskontojen havaitseminen oli hoitajista monesti helpompaa kuin kristinuskon erilaisten ulkoisten symbolien takia. Muiden uskontojen edustajista hoitajat mainitsivat muslimit, juutalaiset ja Jehovan todistajat.

Et evankelis-luterilaisella ei välttämättä oo niitä symboleja ihan hirveesti, mutta jos sulla ikoni ilmestyy yöpöydälle, tai sulla on rukous-helmet jossaki, tai sulla käy se imaami siellä, niin jos siinä on tämän symbolinen juttu, niin totta kai se sitten tulee.

Mielenterveyspotilaat eivät hoitajien mielestä tuoneet hengellisyyttään esille enempää kuin muut potilaat. Ylipäänsä potilaiden hengellisyiden ilmaisut koettiin melko vähäisiksi. Hoitajat pitivät hematologiaa niin kliinisenä ympäristönä, ettei potilaille välttämättä jäänyt tilaa hengellisyytensä ilmaisemiselle. Eniten potilaat ilmaisivat hengellisyyttä elämän loppuvaiheessa.

Hematologia ei oo ympäristönä se kaikkein hengellisin. --- me ollaan niin kliininen ympäristö, ja me ollaan niin sairauskeskeinen, sairaudenhoitokeskeinen.

Ja yleensä sitten siellä elämän loppuvaiheessa ne alkaa nousta sitten kaikilla.

Hengellisyys oli hoitajien mielestä potilaille pääosin positiivinen voimavara, jota ei aina osattu täysin hyödyntää. Hengellisyys ja psyyke liittyivät hoitajien näkemyksissä vahvasti toisiinsa. Toisaalta hengellisyys voi olla myös negatiivista, jos se hankaloitti potilaan suhtautumista sairauden kanssa elämiseen.

Kokisin, että hengellisyiden puolella ois paljon sellasia keinoja, mitä me voitais käyttää. --- se on niinku käsi kädessä psyyken kanssa.

Musta se on enemmän positiivinen, mutta siinä voi olla myös jotain negatiivista. --- Jos sitä käyttää niinku kävelykeppinä. --- Ettei oo ite aktiivinen millään tavalla.

Hengelliset tai uskonnolliset potilaat olivat hoitajien mukaan rauhallisempia kuin potilaat keskimäärin. Toisaalta hoitajilla oli kokemuksia myös potilaista, jotka olivat rankan sairauden myötä menettäneet uskonsa tai muun hengellisyytensä.

Nää syvästi uskossa olevat, niin ne on jotenki keskimäärin paljon rauhallisempia ku muut potilaat.

Joskus on noilla uskossa olevillaki sitten sitä sellasta kapinointia. --- että on menettäny sitten sen koko uskonsa siinä jossain vaiheessa, että se on tuntunu niin väärältä se oma sairastuminen.

6.4.2 Hengellisyyden kohtaaminen

Mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden hengellisyyden herättämiä tunteita kuvattiin paljolti negaation kautta. Kohtaaminen oli sairaanhoitajista ei-ahdistavaa, ei-vaikeaa ja ei-pahalta tuntuva. Potilaan ajatellessa hengellisistä asioista samoin kuin hoitaja itse herätti se yhteyden ja yhteenkuuluvuuden tunnetta.

Ei se [hengellisyydestä puhuminen] mun mielestä vaikeelta tunnu olenkaan.

Ei ollu ahdistavaa kuunnella sitä.

Hengellisyyden kohtaaminen tuntui sairaanhoitajista pääosin luontevalta. Hoitajat kokivat, ettei hoitajan omasta maailmankuvasta poikkeavista näkemyksistä puhuminen potilaan kanssa ollut heiltä itseltään pois. Hengellisyydestä puhumista pidettiin potilaan psyykkisenä tukemisena siinä missä muutakin keskustelua. Hoitajat halusivat kunnioittaa potilaan näkemyksiä.

Kyllä mä siitä voisin puhuu. --- Ei se oo multa pois mitä se toinen uskoo, tai mihin se ei usko. Jos sä voit puhuu toisen peräpukamista niin mikset sä voi puhuu jostain Jumalasta.

Mun mielestä jokainen saa uskoa mihin itte tykkää. Mutta hoitajanaki pitäis osata ottaa vastaan se usko sieltä. --- se ei ole mielipideasia, se on sen ihmisen tukemista kun sä kuuntelet sitä.

Sairaanhoitajat kokivat hengellisten asioiden puheeksi ottamisen epäammattillisena. Hoitajat ottivat vastaan ja kuuntelivat, mutta eivät kertoneet potilaille omia näkemyksiään hengellisistä asioista, tai ottaneet niitä oma-aloitteisesti puheeksi heidän kanssaan.

Ehkä siinäki on vähän sellanen että niitä keinoja puhua niistä. Sitten kun sitä henkilökohtaista uskoakaan ei tahtois siihen sekottaa, ku pitäis olla jotenkin ammatillinen.

Sairaanhoitajat miettivät, pitäisikö hengellistä apua tarjota potilaille aktiivisemmin. Ensisijaisena hengellisen avun tarjoajana hoitajat pitivät sairaalapastoria tai sairaalateologia. Hoitajien kokemus oli, etteivät potilaat juuri halunneet ulkopuolista apua hengellisissä kysymyksissä.

Musta tuntuu että kun uskosta ei puhuta niin kauheesti, niin ehkei sitä kukaan potilaskaan tajuu pyytää, että sairaalapastori on.

Mut ehkä seki ois sellanen asia mikä pitäis osata ottaa puheeksi hoitajanki. --- Että en mä sitten tiedä minkä takia se on vaikee asia, nyt ku rupes miettimään.

6.5 Kohtaamisen kehittäminen

Sairaanhoitajien mielestä mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaamisessa oli tarvetta kehittämiselle. Heillä ei mielestään ollut tarvittavia valmiuksia ja keinoja näiden potilaiden kohtaamiseen. Sairaanhoitajat näkivät kehittämistarpeita yhteiskunnan, sairaanhoitajakoulutuksen, organisaation, työyhteisön ja yksilön tasolla. He ehdottivat konkreettisia kehittämisen keinoja, joita olivat työnohjaus, koulutus ja oppaat.

Yhteiskunnan tasolla sairaanhoitajat kaipasivat asenneilmapiirin muutosta. Hoitajien mielestä mielenterveysongelmia ei otettu tarpeeksi vakavasti tai niistä ei haluttu puhua.

Musta tuntuu ettei oo tarpeeks painotusta mielenterveydelle. Sairaalassa tai muuten vaan yhteiskunnassa. Että mielenterveys jotenki lakastaan maton alle.

Hoitajien mielestä jo sairaanhoitajaopinnoissa mielenterveyttä ja sen merkitystä myös somaattisen hoitotyön puolella tulisi painottaa enemmän. He kokivat saamansa opetuksen mielenterveydestä ja mielenterveyden häiriöistä riittämättömäksi.

Mut masentuneisuutta, niin en mä muista että siitä koulussa ois mitenkään erityisemmin puhuttu.

Se opetus mitä me saatiin koulussa psyk sairaanhoidosta oli tosi huonolaatusta.

Organisaation kehittämiskohdaksi nousi työnohjaus. Erityisesti nuoret, osastolla vähemmän aikaa työskennelleet sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa työnohjausta jaksakseen hoitaa potilaita, joilla on mielenterveyden häiriöitä. Hoitajat kokivat, että työnohjauksen puuttuminen johtui ainakin osittain resurssien puutteesta, mutta myös siitä, ettei potilaiden kohtaamisen haastavuutta otettu tarpeeksi vakavasti.

Että onko se sit parempi että on nuori sairaanhoitaja, --- että harkitsee tyyliin alanvaihtoo sen takia, ettei psyyke kestä.

Se pitäis mun mielestä jotenki ihan esimiestasolta huomioida paremmin se hoitajien oma jaksaminen, eikä ajatella vaan, että no hemalla on tällaset superhoitajat jotka pystyy käsitteleen ihan mitä tahansa.

Sairaanhoitajat pitivät erilaisia koulutustilanteita sopivana keinona mielenterveyspotilaiden kohtaamisen kehittämisessä. Koulutustilanteita voisivat olla osastotunnit, asiantuntijaluennot esimerkiksi osastolla tai koulutuspäivillä ja case-työskentely.

Vois olla joku luento, tai jotain niinku konkreettisia esimerkkejä siitä, mistä sais jotain keinoja, joista vois kokeilla mikä tuntuu itselle hyvältä, jota vois sit käyttää käytännön hoitotyössä.

Paras tapa ois varmaan joku luento, jossa ois caseja. --- Että kysyttäis, että miten kohtaisit tän ihmisen. Okei, ai tolleen, no sit ois myös tämmönen toisenlainen vaihtoehto.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten pohdinta

Sairaanhoitajien käsitykset mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden piirteistä ovat yhteneväisiä aiempien tutkimusten kanssa (Adler & Page 2008; Chang ym. 2013; Lawrence ym. 2000; Thomson & Henry 2012). Hoitajien mielestä nämä potilaat ovat muita passiivisempia ja heillä on enemmän vaikeuksia omahoidon ja hoitoon sitoutumisen suhteen. Potilasohjaus vaatii enemmän toistoa, sillä potilaan kyky vastaanottaa tietoa voi olla alentunut. Sairaanhoitajat kohtaavat mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita samoin kuin muitakin potilaita, mihin Thomson ja Henry (2012, 471) myös kehottavat. Hoitajat kuitenkin tiedostavat, että ennakkotieto mahdollisista mielenterveyden häiriöistä vaikuttaa siihen, miten he kohtaavat potilasta.

Sairaanhoitajien valmiudet ja keinot mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaamiseen korostuivat haastatteluissa enemmän, kuin olin alun perin suunnitellut. Hoitajat pitivät valmiuksiaan pääosin hyvinä tai tyydyttävinä. Valmiudet on kerätty pääasiassa käytännön työssä itse kokeilemalla ja muiden hoitajien työskentelyä seuraamalla. Käytännön keinoja kohtaamiseen ovat tilanteen arvioiminen, potilaaseen tutustuminen, rauhallinen ja varovainen lähestyminen, keskusteleminen ja kuunteleminen, kannustaminen ja rajojen asettaminen. Hoitajien keinoja tarkasteltaessa voi pohtia myös sitä, millaisina hoitajat pitivät mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita, ja miltä heidän kohtaamisensa hoitajista tuntuu. Voi esimerkiksi miettiä, millainen potilas vaatii kohtaamiselta rauhallisuutta, kannustamista ja rajojen asettamista.

Sairaanhoitajat pitivät mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaamista vaikeana ja kuormittavana. He tuntevat potilaita hoitaessaan riittämättömyyttä, toivottomuutta, paniikkia ja huolta. Toisaalta hoitajat ilmaisevat kuitenkin myös luottamusta omiin valmiuksiinsa. Kohtaamistilanteisiin ryhtymistä kuvataan uskaltamisena. Sairaanhoitajien valmiuksien ja keinojen sekä toisaalta kohtaami-

sen herättämien tunteiden välillä on havaittavissa ristiriita. Hoitajat kokevat valmiutensa vähintään melko hyviksi, mutta kuitenkin kohtaaminen herättää heissä paljon negatiivisiksi koettuja tunteita. Hoitajat kohtaavat mielestään potilaita hyvin ja ammatillisesti, mutta samalla tämä kuluttaa heitä ja heidän voimavarojaan paljon.

Kohtaamisen kehittämisestä puhuessaan sairaanhoitajat nostavatkin esiin erityisesti työnohjauksen tarpeen. Hoitajat kokevat, ettei heidän työtehtäviensä haastavuutta oteta tarpeeksi vakavasti. Hoitajat kokevat myös, ettei koulutus niin sairaanhoitajakoulutuksen taholta kuin työnantajan tarjoamanakaan vastaa niitä tarpeita, joita hematologisten potilaiden mielenterveyden häiriöiden kohtaaminen vaatii. Kehittämistarpeita sairaanhoitajat näkevät myös sairaanhoitajien koulutuksessa. He kokevat, ettei opinnoissa korostettu mielenterveyden tärkeyttä tarpeeksi, ja että yhteys somaattisen ja psykiatrisen hoitotyön välillä oli heikko. Sairaanhoitajakoulutuksessa tulisikin kehittää yhteyttä näiden kahden hoitotyön alueen välille.

Yksi haastatteluteemoista oli mielenterveyden häiriöistä kärsivän potilaan hengellisyys. Ilman erillistä kysymysteemaa hengellisyys, henkisyys tai uskonnollisuus tuskin olisivat nousseet esiin haastatteluissa. Hoitajat kokevat potilaan hengellisyyden kohtaamisen luontevana ja suhtautuvat siihen neutraalisti. Vaikealta kohtaaminen tuntuu silloin, kun potilaan näkemykset eroavat vahvasti hoitajan omista näkemyksistä. Potilaan hengellistä tukemista pidetään yhtenä potilaan psyykkisen tukemisen muotona.

Hematologia koetaan niin kliinisenä ympäristönä, ettei potilaalle välttämättä jää tilaa hengellisyytensä ilmaisemiselle. Toisaalta sairaanhoitajat kuitenkin mielenterveyden häiriöistä puhuessaan kertoivat, että osasto saa potilailta pääosin positiivista palautetta siitä, miten heitä kohdataan ja kohdellaan. Jos mielenterveyden häiriöiden havaitsemiseen ja kohtaamiseen on aikaa, sitä voisi kuvitella olevan myös hengellisten kysymysten ja hengellisen hädän havaitsemiseen ja kohtaamiseen.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiivisuus. Tutkija myöntää, että hän itse on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Tutkija itse on luotettavuuden pääasiallinen kriteeri, ja luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 1996, 65–66.) Tutkimusprosessi sisältää aina lukuisia päätöksiä, ja tutkijan etiikka joutuu koetukselle näitä päätöksiä tehtäessä. Kysymykset eettisyydestä voivat liittyä tutkimuslupaan, tutkimusaineiston keruuseen, tutkimuskohteen hyväksikäyttöön, osallistumiseen liittyviin ongelmiin ja tutkimuksesta tiedottamiseen. (Eskola & Suoranta 1996, 54.)

Haastateltavien anonymiteetin säilyttämisen vuoksi en ole kertonut haastateltavien ikiä tai osastolla työskentelyaikaa, vaikka ne olisivat tuoneet tutkimukselle mielenkiintoista kvantitatiivista lisätietoa. Sairaanhoidajat olisi kuitenkin ollut mahdollista tunnistaa näistä kuvauksista. Lisäksi olen pyrkinyt litterointivaiheessa poistamaan tekstistä sellaiset kielelliset piirteet, joista haastateltavan voisi tunnistaa.

Opinnäytetyötä tehdessäni, ja erityisesti sen analyysivaiheessa, pyrin tiedostamaan roolini tutkijana ja sen, että oma tulkintani keräämästäni aineistosta ei välttämättä ole ainoa oikea. Olen saattanut jättää teemojen ulkopuolelle asioita, jotka joku muu olisi valinnut mukaan opinnäytetyöhön. Omat kokemukseni hoitotyössä kohtaamistani mielenterveyden häiriöistä kärsivistä potilaista vaikuttavat varmasti osaltaan siihen, miten olen tulkinnut haastatteluja.

Luotettavuutta haastoi opinnäytetyölle asettamani tarkka rajausta siitä, että käsitelen nimenomaan niitä potilaita, joilla on ollut mielenterveyden häiriöitä jo ennen hematologisen diagnoosin saamista. Osa haastatelluista sairaanhoitajista ei muistanut, oliko potilaalla ollut mielenterveyden häiriöitä ennen hematologiseen sairauteen sairastumista, vai oliko sairastuminen laukaissut häiriön tai edesauttanut sen kehittymistä. On siis mahdollista, että haastateltavat ovat muistelleet myös potilaita, joilla sairastuminen on toiminut mielenterveyden häiriön laukaissa tekijänä.

Opinnäytetyöni luotettavuuteen voi vaikuttaa myös se, että työskentelen itse osastolla 7A, ja haastattelemani sairaanhoitajat ovat työkavereitani. Haastateltava on tämän vuoksi saattanut kertoa enemmän, kuin olisi kertonut tuntemattomalle haastattelijalle, mutta vaikutus on voinut olla myös päinvastainen.

Eettisyyden näkökulmasta olen pohtinut erityisesti mielenterveydestä ja sen häiriöistä käyttämiäni käsitteitä. Mietin pitkään, mitä käsitteitä tutkimuksessani käytäisin, ja vaihdoin niitä useaan kertaan työn edetessä. Mielenterveyden keskusliitto (i.a., 9) suosittaa termejä mielenterveyspotilas, psyykkisesti sairastunut sekä henkilö, jolla on mielenterveysongelma, -häiriö tai psykiatrinen sairaus. Sisällöllisesti jälkimmäinen olisi tutkimukseni kannalta ehdottomasti sopivin, mutta kielellisesti se on kuitenkin liian kömpelö. Tämän vuoksi päädyin käyttämään käsitteitä mielenterveyden häiriö ja mielenterveyden häiriöstä kärsivä henkilö. Esimerkiksi Suomen Mielenterveysseura ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos käyttävät näitä käsitteitä (Suomen Mielenterveysseura 2015; Suomen Mielenterveysseura i.a.; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Toivon, ettei käyttämäni käsitteistö vaikuta lukijan mielikuviin kielteisesti.

7.3 Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöni eteni harppauksin. Esittelin ideapaperin seminaarissa syksyllä 2013 ja suunnitelmapaperin saman vuoden joulukuussa. Tämän jälkeen opinnäytetyö jäi hautumaan lähes vuodeksi ollessani ulkomailla ja keskittyessäni muihin opintoihin. Hain Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä tutkimuslupaa helmikuulle 2015 ja toteutin haastattelut sen aikana. Työstin teoriaosuutta pikkuhiljaa haastatteluja ennen ja niiden rinnalla. Lopulta analysoin haastattelut ja kokosin teoriaosuuden melko lyhyessä ajassa keväällä 2015. Opinnäytetyön valmistuttua esittelen sitä työpaikallani osastolla 7A. Toivottavasti opinnäytetyön pohjalta tartutaan siinä esiin nostettuihin kehittämishaasteisiin.

On ollut hienoa toteuttaa opinnäytetyötä, jonka aihe juolahti mieleeni kesätöissä kaksi vuotta sitten. Olin tuolloin töissä osastolla 7A perushoitajana. Sittemmin

olen työskennellyt osastolla sairaanhoitajan tehtävissä. Opinnäytetyötä tehdesäni reflektoin koko ajan sitä, miten itse kohtaan mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita, ja millaisia tunteita se minussa itsessäni herättää. On ollut antoisaa ja mielenkiintoista päästä opinnäytetyön ohella arvioimaan itseään ja omaa tapansa toteuttaa hoitotyötä. Olen oppinut, miten tärkeää on kohdata jokainen potilas yksilönä riippumatta siitä, mitä heidän anamneesissaan mahdollisesti lukee. Olen myös oppinut, että sairaanhoitajan on tärkeää uskaltaa myöntää omat rajansa. Jos esimerkiksi tietyn potilaan hoitaminen tuntuu vaikealta, on uskallettava sanoa tästä kollegoille. Oman jaksamisen rajojen tunnistaminen ei ole heikkoutta, vaan voimavara.

Opinnäytetyön tekeminen on tukenut ammatillisen identiteettini kasvua. Olen oppinut ymmärtämään, kuinka valtavan laajaa osaamisen skaalaa sairaanhoitajalta vaaditaan. Sairanhoitaja ei ole vain lääkkeiden viejä tai verenpaineen mittaaja, vaan hän tukee potilasta kokonaisvaltaisesti koko hoitoprosessin ajan. Eräänlainen ammattilypeys on puhjennut kukkaan tajuttuani, kuinka laajaa osaamista ammattini vaatii.

Opinnäytetyön tekeminen on myös tukenut identiteettiäni juuri diakonisen hoitotyön asiantuntijana. Olen opintojeni alusta lähtien tiennyt, että haluan työskennellä hoitotyön enkä diakoniatyön piirissä. Mielestäni diakonisella hoitotyöllä on kuitenkin paljon annettavaa myös hoitotyölle. Opinnäytetyön tekeminen on auttanut hahmottamaan, mikä diakonisen hoitotyön rooli voisi olla paitsi mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohdalla, myös hematologisten potilaiden kohdalla ylipäätään. Sairanhoitajien haastatteluissa korostui sairaalapapin tai -teologin rooli. Olisiko kuitenkin esimerkiksi mahdollista, että yksi osaston sairaanhoitajista ottaisi vastuualueekseen juuri potilaiden henkisten, hengellisten ja uskonnollisten kysymysten kohtaamisen?

LÄHTEET

- Adler, Nancy & Page, Ann 2008. Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. Washington: National Academy of Sciences.
- Chang, Ting-Shou; Hou, Szu-Jen; Su, Yu-Chieh; Chen, Li-Fu; Ho, Hsu-Chieh; Lee, Moon-Sing; Lin, Chun-Hsuan; Chou, Pesus & Lee, Ching-Chih 2013. Disparities in Oral Cancer Survival among Mentally Ill Patients. PLOS ONE 8 (8), 1–8.
- Elonen, Erkki 2007. Akuutit leukemiat. Teoksessa Tapani Ruutu, Allan Rajamäki, Riitta Lassila ja Kimmo Porkka (toim.) Veritaudit. Helsinki: Duodecim, 285–309.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a. a. Syöpäkeskus. Viitattu 16.5.2015. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/syopakeskus/Sivut/default.aspx>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a. b. Osasto 7A hematologia. Viitattu 14.5.2015. http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/meilahden-kolmiosairaala/kolmiosairaala_osastot/Sivut/Osasto-7A.aspx
- Idman, Irja & Aalberg, Veikko 2013. Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. Teoksessa Heikki Joensuu, Peter J. Roberts, Pirkko-Liisa Kellokumpu-Lehtinen, Sirkku Jyrkkiö, Mauri Kouri & Lyly Teppo (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim, 859–872.
- Ikola, Tapio & Kuuppelomäki, Merja 2000. Potilaan hengellinen tukeminen. Teoksessa Elina Eriksson ja Merja Kuuppelomäki (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY, 189–202.
- Johansson, Risto 2012. Solunsalpaajat eli sytostaatit. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 17.5.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk010772015.
- Kukkohovi, Saija 2015. Osaston 7A apulaisosastonhoitaja. Suullinen tiedonanto 15.5.2015.

- Lahtinen, Eero; Lehtinen, Ville; Riikonen, Eero & Ahonen, Juha 1999.
 Framework for Promoting Mental Health in Europe. Hamina:
 STAKES. Saatavana verkossa:
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1996/promotion/fp_promotion_1996_frep_15_en.pdf
- Lawrence, D; Holman, CDJ; Jablensky, AV; Threlfall TJ & Fuller SA 2000.
 Excess Cancer Mortality in Western Australian Psychiatric Patients
 due to Higher Case Fatality Rates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
 101, 382–388.
- Lehto-Järnstedt, Ulla-Sisko; Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko & Ojanen, Markku
 2002. Syöpäpotilaan kokema tuki ja psyykkinen stressinhallinta.
Duodecim. 118, 1457–1465.
- Lönnqvist, Jouko & Lehtonen, Johannes 2001. Psykiatria ja mielenterveys.
 Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen
 ja Timo Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 12–31.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2011. Tutkimushaastattelu.
 Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Mielenterveyden keskusliitto i.a. Hullu on hullu vaikka voissa paistais? Opas
 parempaan mielenterveyskieleen – työkalu toimittajille. Viitattu
 14.5.2015. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/06/Opas-mtkieleen-ty%C3%B6kalu-toimittajille.pdf>
- Murray, Scott; Kendall, Marilyn; Boyd, Kirsty; Worth, Allison & Benton, T. Fred
 2004. Exploring the Spiritual Needs of People Dying of Lung
 Cancer or Heart Failure: a Prospective Qualitative Interview Study
 of Patients and their Carers. *Palliative Medicine*. 18, 39–45.
- Noppari, Eija; Kiiltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö
 perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- O'Connor, Moira; Guilfoyle, Andrew; Breen, Lauren; Mukhardt, Firdaus &
 Fisher, Colleen 2007. Relationships Between Quality of Life,
 Spiritual Well-Being, and Psychological Adjustment Styles for
 People Living with Leukaemia: An Exploratory Study. *Mental
 Health, Religion & Culture*. 10 (6), 631–647.
- Salonen, Johanna 2013a. Leukemia (verisyöpä). *Duodecim Terveyskirjasto*.
 Viitattu 9.1.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00040&p_haku

Salonen, Johanna 2013b. Aikuisen akuutti leukemia. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 9.1.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00824

Sinisalo, Marjatta & Vilpo, Juhani 2005. Akuutit leukemiat. Teoksessa Juhani Vilpo (toim.) Ilmari Palvan veritaudit. Helsinki: Medivil, 144–148.

Suomen Mielenterveysseura 2015. Mielenterveyden häiriöstä kärsivät useammin uhreja kuin väkivallan tekijöitä. Viitattu 17.5.2015.

<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6st%C3%A4-k%C3%A4rsiv%C3%A4t-useammin-uhreja-kuin-v%C3%A4kivallan-tekij%C3%B6it%C3%A4>

Suomen Mielenterveysseura i.a. Mielenterveyden häiriöt. Viitattu 17.5.2015.

<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t>

Tamminen, Tapani & Achté, Kalle 1996. Depressio, ahdistus ja somaattinen sairastaminen. Teoksessa Kalle Achté & Tapani Tamminen (toim.) Somatopsykiatria. Jyväskylä: Recallmed Oy, 79–98.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 17.5.2015.

<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a. Mielenterveys. Viitattu 17.5.2015.

<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys>

Thomson, Kate & Henry, Barb 2012. Oncology Clinical Challenges: Caring for Patients with Preexisting Psychiatric Illness. Clinical Journal of Oncology Nursing. 16 (5), 471–480.

WHO 2004. Promoting Mental Health. Geneva: WHO.

LIITTEET

LIITE 1: Teemahaastattelurunko

Teema 1: Kohtaamisen kokeminen

- Kuinka usein kohtaat potilaita, joilla on joku mielenterveyden häiriö?
- Mitä mielenterveyden häiriöitä olet kohdannut hematologisilla potilailla?
- Miten tieto mielenterveyden häiriöstä vaikuttaa siihen, miten kohtaat potilaan?
- Millaisia kokemuksia sinulla on mielenterveyden häiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisesta?
- Miltä kohtaaminen tuntuu? Mitä tunteita tai tuntemuksia kohtaaminen sinussa herättää?
- Millaisia erityispiirteitä mielenterveyden häiriöistä kärsivän potilaan kohtaamiseen sisältyy?

Teema 2: Keinot ja valmiudet

- Millaisiksi koet valmiutesi sellaisen potilaan kohtaamiseen, jolla on mielenterveyden häiriö?
- Millaisia käytännön keinoja sinulla on kohtaamiseen?
- Tukeeko työyhteisö kohtaamista?

Teema 3: Kehittäminen

- Miten mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaamista voisi kehittää?
- Mikä on lisännyt valmiuksiasi?

Teema 4: Hengellisyys

- Miten hengellisyys näkyy sellaisten potilaiden kohtaamisessa, joilla on mielenterveyden häiriö?
- Millaisia hengellisiä tarpeita potilaat ilmaisevat?
- Millaiseksi koet hengellisistä asioista puhumisen potilaiden kanssa?

LIITE 2: Haastattelukirje

Hyvä osaston 7A sairaanhoitaja!

Olen sairaanhoitaja-diakonissaopiskelija Sanna Jämsä Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä siitä, miten somaattisen puolen sairaanhoitajat kokevat sellaisen hematologista sairautta sairastavan potilaan hoitamisen, jolla on joku mielenterveyden häiriö. Aihe on ajankohtainen juuri nyt, sillä psyykkisen ja somaattisen terveyden vaikutuksesta toisiinsa puhutaan paljon. Valmistuttuaan opinnäytetyö tulee olemaan saatavilla osastolla.

Opinnäytetyöni tavoitteena on saada tietoa siitä, miten sairaanhoitajat kokevat psyykkisesti sairaan syöpäpotilaan kohtaamisen hoitotyössä ja millaisia keinoja heillä on näiden potilaiden kohtaamiseen.

Tutkimus toteutetaan yksilöhaastatteluina 2.2.–1.3.2015 välisenä aikana. Haastatteluun kuluu aikaa noin tunti, ja se toteutetaan työajalla. Haastatteluun ei tarvitse valmistautua etukäteen. Haastattelut äänitetään. Äänitteet käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, minkä jälkeen ne hävitetään. Haastateltujen nimiä ei julkaista.

Haastattelen tutkimusta varten kuudesta kahdeksaan sairaanhoitajaa. Mikäli olet halukas osallistumaan haastatteluun, lähetä minulle sähköpostia osoitteeseen (sähköpostiosoite poistettu).

Vastaan mielelläni mahdollisiin kysymyksiin!

Ystävällisin terveisin,

Sanna Jämsä

sairaanhoitaja-diakonissaopiskelija

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki

(yhteystiedot poistettu)

LIITE 3: Suostumus haastatteluun

Suostumus haastatteluun

Annan Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-diakonissaopiskelija Sanna Jämsälle luvan käyttää haastattelusta saatuja tietoja opinnäytetyön tekemiseen. Opinnäytetyön aiheena on psyykkisesti sairaiden hematologisten syöpäpotilaiden kohtaaminen hoitotyössä sairaanhoitajien kokemana.

Haastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluina. Haastattelut nauhoitetaan, ja opinnäytetyön valmistuttua nauhoitteet hävitetään. Haastateltujen henkilöllisyyttä ei mainita opinnäytetyössä eikä opinnäytetyöprosessin aikana. Haastatteluaineistoa käytetään vain tämän opinnäytetyön tekemiseen.

Paikka ja aika

Haastateltavan allekirjoitus

Haastattelijan allekirjoitus

LIITE 4: Esimerkki aineiston analyysistä

Esimerkkilainaus	Alaluokka	Yläluokka	Teema
<u>Musta tuntuu ettei oo tarpeeksi painotusta mielenterveydelle. Sairaalassa tai muuten vaan yhteiskunnassa. Että mielenterveys jotenki lakastaa maton alle.</u>	Yleiset asenteet yhteiskunnassa Mielenterveyden arvostuksen puute	Yhteiskunnallinen taso	Mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaamiseen liittyvät kehittämistarpeet
<u>Se opetus mitä me saatiin koulussa psyk. sairaanhoidosta oli tosi huonolaatusta.</u>	Mielenterveyttä ei käsitellä opinnoissa tarpeeksi Mielenterveyden tärkeys ei korostu opinnoissa tarpeeksi Somaattisen ja psykiatrisen hoitotyön yhteen nivoutumisen puute	Sairaanhoitaja-koulutuksen taso	
<u>Se pitäis mun mielestä jotenki ihan esimiestasolta huomioida paremmin se hoitajien oma jaksaminen</u>	Koulutuksen puute työnantajan taholta Ei työnohjausta Ei ymmärretä mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohtaamisen haastavuutta	Organisaation taso	